

骨良性纤维组织细胞瘤 2 例报告并文献复习

杨文圣, 季天海, 刘丹, 戚沛霖

解放军第 174 医院病理科, 福建 厦门 361003

摘要:目的 探讨骨的良性纤维组织细胞瘤(benign fibrous histiocytoma, BFH)的临床病理特征、诊断及鉴别诊断要点与治疗方案。方法 对 2 例发生于胫骨的 BFH 的临床表现、影像学特征、组织学形态进行分析, 并复习相关文献。结果 临床表现、CT 及 MRI 图像与组织学特征均支持骨 BFH 的诊断, 骨 BFH 并无特异性的免疫标记。结论 BFH 在骨关节系统是一种鲜见的良性肿瘤, 须密切结合临床资料、影像学特点及组织形态学特点, 才能做出明确的病理诊断, 并要与干骺端纤维缺损/非骨化性纤维瘤、骨巨细胞瘤等相鉴别。

关键词: 骨肿瘤; 组织细胞瘤, 纤维

中图分类号: R738.1

文献标识码: A

文章编号: 1009-6647(2011)22-5297-03

Benign fibrous histiocytoma of bone: two cases report and literature review

YANG Wen-seng, Ji Tian-hai, LIU Dan, Qi Pei-lin

Department of Pathology, No. 174 Hospital of PLA, Xiamen 361003, China

Abstract: Objective To explore the clinicopathologic features, diagnosis, differential diagnosis points and therapy of benign fibrous histiocytoma (BFH) of bone. **Method** The clinical manifestations, radiologic and histopathological features were analyzed in two cases of BFH of tibia, with review of the related literatures. **Results** The clinical, CT, MRI and pathological characteristics support the diagnosis of BFH of bone. There were no specific immunomarkers in BFH of bone. **Conclusions** BFH of bone is a rare benign tumor. To combine with clinical data, imaging characteristics and organization morphological features, we can make a definite pathology diagnosis. It can make differential diagnosis with other fibrohistiocytic lesions of bone, such as metaphyseal fibrous defect/non-ossifying fibroma and osteoclastoma. **MSH:** bone tumor; benign fibrous histiocytoma; clinical pathology

MeSH: Bone Neoplasms; Histiocytoma, Fibrous

纤维组织细胞性肿瘤是由具有纤维母细胞分化和组织细胞分化的肿瘤细胞所组成的肿瘤, 它们好发于软组织, 在骨组织中少见甚或是罕见。WHO 第 3 版(2002 年)的骨肿瘤分类中, 在原先版本基础上将该组肿瘤从“其他结缔组织肿瘤”中分离并独立成类, 包括良性纤维组织细胞瘤(benign fibrous histiocytoma, BFH)和恶性纤维组织细胞瘤(malignant fibrous histiocytoma, MFH), 其中前者当含有较多的泡沫状组织细胞时, 也可称为纤维黄色瘤、黄色纤维瘤或黄色肉芽肿^[1]。本文报道原发于胫骨的 BFH 2 例, 并复习文献进行讨论, 以提高对本病的认识。

1 病历摘要

例 1: 男, 22 岁。1 a 前因自觉外踝处明显疼痛于外院行左外踝游离体摘除术, 术后恢复良好出院。至

去年年底, 患者在活动后再次出现左下肢酸痛, 长时间未见好转, 遂入我院就诊。CT 显示左胫骨中下段骨质内囊性低密度区, 密度欠均匀, 似有分隔, 边缘骨质硬化, 骨皮质变薄, 无骨膜反应及软组织肿胀(图 1)。

例 2: 男, 21 岁。1 个月前活动时不慎出现右脚扭伤及右小腿酸胀, 查体发现右小腿出现骨肿物, 为求诊治入住我院。CT 显示右胫骨中下段骨质内见一近椭圆形低密度区, 内含小片状高密度影, 外侧骨皮质变薄, 边缘骨质硬化, 无骨膜反应及软组织肿胀(图 2)。MRI 显示右胫骨下段外缘局部皮质增厚膨隆, 内见 1 个椭圆形骨质缺损区, T1WI 低信号, T2WI 压脂高低混杂信号, 边界清楚, 周边见环形低信号带(图 3)。

2 例临床诊断均为良性骨肿瘤, 采用病灶骨手术刮除。标本均采用 4% 中性甲醛液固定, 常规石蜡 4 μm 切片, HE 染色。免疫组织化学染色采用 EnVision 两步法, 所用一抗 CD68、S-100、vimentin、Ki-67 及试剂盒均购自福州迈新生物技术开发有限公司。病理检查: 肿瘤主要由梭形纤维母细胞构成, 呈旋涡状或车轮状排列, 其间为散在或成堆的数量不等的泡沫细

作者简介: 杨文圣(1982-), 男, 山东潍坊人, 住院医师, 硕士。研究方向: 肿瘤病理学。

通讯作者: 戚沛霖(1935-), 男, 浙江杭州人, 主任医师。研究方向: 肿瘤病理学。E-mail: qpl_3551@126.com

胞, 并见散在分布的多核巨细胞、淋巴细胞及含铁血黄素沉着(图 4, 图 5)。免疫组化检测: Vim ntin(+), CD68(+)(图 6), S-100 个别(+), Ki-67 阳性细胞数

约 1%。病理诊断:(胫骨)良性纤维组织细胞瘤(纤维黄色瘤)。

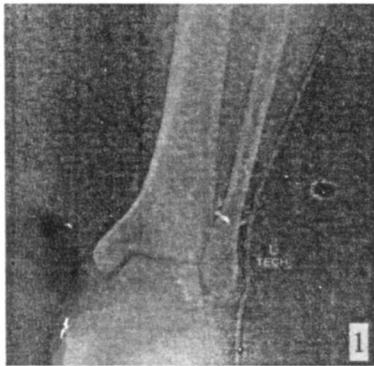


图 1、图 2 CT 均示胫骨中下段骨质内囊性低密度区,边缘骨质硬化,骨皮质变薄。图 3 MRI 示胫骨下段外缘局部见 1 个椭圆形骨质缺损区,边界清楚。

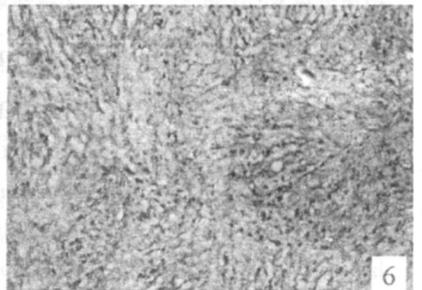
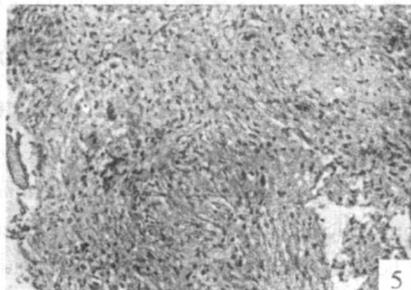
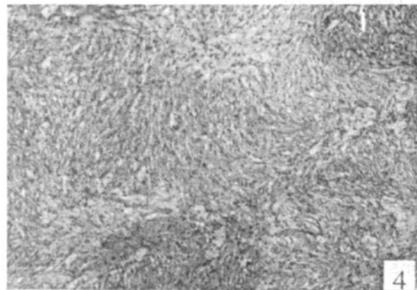


图 4 梭形纤维母细胞排列成车辐状结构,其间为成堆的泡沫细胞(HE×100)

图 5 散在分布多核巨细胞及淋巴细胞,伴有含铁血黄素沉着(HE×200)

图 6 泡沫细胞及组织细胞 CD68(+)(EnVision×200)

2 讨论

2.1 概述 BFH 在骨关节系统中是非常少见的一种良性肿瘤,其发病年龄 5~75 岁,大多数在 20 岁以上,男女发病比例接近。好发于股骨、胫骨和腓骨等长骨的骨干、干骺及骨骺端,部分见于骨盆(特别是髌骨),也可见于髌骨^[2]、颌骨^[3]、肋骨^[4]等,因而几乎全身各骨都可发生。患者往往在并无病理性骨折时就出现患部明显的疼痛,较重时可伴功能障碍或病理性骨折,持续数天甚至数年方来求医^[5]。

2.2 病因与命名 骨 BFH 最初被认为来源于组织细胞,目前认为起源于纤维母细胞^[5]。其组织形态学表现与骨的干骺端纤维缺损/非骨化性纤维瘤相似而不能相互区分。但鉴于它们在临床及影像学表现上有所不同,过去被认为是同一种病变,目前多数学者认为它们应是两种不同的疾患,即干骺端纤维缺损/非骨化性纤维瘤是一种与创伤或骨化障碍有关的瘤样病变,而骨 BFH 是一种真性肿瘤。有文献^[6]提出,因干骺端纤维缺损/非骨化性纤维瘤与骨 BFH 三者组织学表现相似,当这种病变发生在骨关节不常见的位置或不常见的年龄段且有症状出现时,统一诊断为骨 BFH 是最恰当的。

2.3 诊断与鉴别诊断 影像学上, X 线及 CT 示骨 BFH 多呈现边界清楚的椭圆形或类圆形的膨胀性破

坏或溶骨性透光性缺损,中心性或偏心性生长,骨质破坏区呈软组织样密度或囊性及点片状钙化影,约 2/3 的病例有硬化性边缘,若无骨折时,一般不见骨膜反应和软组织肿块。MRI 显示,当 BFH 中组织细胞所占比例较高时,病变处 T1WI 上呈低信号, T2WI 其压脂像呈高信号;当纤维细胞所占比例较高时,病变在 T1WI 及 T2WI 及其压脂像均呈低信号^[7,8]。其组织学基本特征是梭形纤维母细胞排列成旋涡状或车辐状结构(即 storiform 结构),其间散在或成簇片状分布较小的破骨样多核巨细胞和泡沫细胞,可伴有淋巴细胞为主的炎细胞浸润及含铁血黄素沉着,偶见核分裂,但一般无病理性核分裂。当伴有病理性骨折时,病灶中可有反应性新生骨形成。与发生于软组织的 BFH 一样,骨的 BFH 并无特异性的免疫标记物,其 Vim ntin 弥漫阳性,组织细胞及泡沫细胞往往 CD68 阳性。本文报道的 2 例 BFH,其 CT、MRI 及组织学表现均与文献报道一致。

鉴别诊断主要包括:(1)干骺端纤维缺损/非骨化性纤维瘤:目前认为,把病灶较小且局限于干骺端骨皮质内的轻度缺损称为干骺端纤维缺损,当病灶较大而突入髓腔时则称为非骨化性纤维瘤,因此非骨化性纤维瘤可能是从干骺端纤维缺损发展而来^[9]。两者与骨 BFH 的组织学图像几乎相同,主要依靠临床及影像学

特点来鉴别。前两者常见于 20 岁以下的儿童或青少年,如无创伤或病理性骨折时一般无明显症状,病变主要位于长骨的干骺端,有时可累及骨髓,除非病灶较大需切除,大多能随患者成长自愈而无需治疗;后者多见于 20 岁以上的成年人,常有局部疼痛,可发生于任何骨,且不局限于干骺端,需手术治疗。(2)骨巨细胞瘤:与骨 BFH 发生部位及影像学表现相似,但一般无硬化性边缘。组织学上前者梭形细胞增生活跃,可弥漫分布破骨样多核巨细胞,且巨细胞体积大,核数目多(常为 10~30 个);而后的梭形细胞较小,常排列成 storiform 结构,破骨样多核巨细胞较小,核数目少(常为 3~10 个),且泡沫细胞较前者更常见。(3)骨 MFH:当 MFH 分化较好时,可类似 BFH。但前者往往有边界不清的骨皮质中断缺损,无硬化边缘,并有周围软组织侵犯,瘤细胞有多形性及病理性核分裂,而后者无。

2.4 治疗与预后 骨 BFH 被认为是一种真性的良性肿瘤,其治疗通常采用对肿瘤病灶的广泛切除或刮除,预后较好,少数可复发,但多次复发并有软组织累及者建议采取截肢治疗。国外 Santakumar 等^[10]的研究曾经报道 33 例骨 BFH 患者,其中有 6 例术后复发,但这 6 例中又有 4 例最终截肢。本资料中 2 例术后均随访 18 个月,复查 CT 无复发及软组织累及。

参考文献

- [1] 张如明,卫晓恩.骨肿瘤分类的演进-2002 年 WHO 骨肿瘤分类介绍[J].中华骨科杂志,2006,26(4):282-284.
- [2] Balasubramanian C, Rajaraman G, Sing CS, et al. B nign fibrous istiocytoma of t sacrum-diagnostic difficult s facing t is rar bon tumor[J]. P diatr N urosurg, 2005, 41(5): 253-257.
- [3] Katagiri W, Nakazawa M, Kis ino M. B nign fibrous istiocytoma in condylar proc ss in t condylar proc ss of t mandibl : Cas r port[J]. Br J Oral Maxillofac Surg 2008, 46(1): 1-2.
- [4] Mondal SK. Cytodiagnosis of b nign fibrous istiocytoma of rib and diagnostic dil mmar: A cas r port[J]. Diagnostic Cytopathology, 2010, 38(6): 457-460.
- [5] 蒋智铭,张惠葳,郑莉,等.骨关节病理学图谱[M].北京:人民军医出版社,2008:138-139.
- [6] Cristop r D. M. Fltc r; 回允中主译.肿瘤组织病理学诊断[M].3 版.北京:北京大学医学出版社,2009:1630.
- [7] 张国伟,张光辉,兰受昌,等.骨良性纤维组织细胞瘤的影像诊断[J].实用放射学杂志,2008,24(1):87-89.
- [8] 黄旭芳,王毅,邓晓娟,等.骨良性纤维组织细胞瘤的影像学表现[J].现代肿瘤医学,2010,18(2):357-360.
- [9] 丘钜世,黄兆民,韩士英,等.骨关节肿瘤学:病理与临床影像三结合[M].北京:科学技术文献出版社,2006:269-272.
- [10] Santakumar S, Rajagopalan N, Mallikarjunaswamy B, et al. B nign fibrous istiocytoma of distal radius wit cong nital dislocation of t radial ad: A cas r port[J]. J Ort op Surg, 2005, 13(1): 83-87.

收稿日期:2011-04-08 责任编辑:许纬洲

• 药物不良反应 •

脱敏注射破伤风抗毒素血清病反应

杨芳

河北保定市急救中心外科 071000

主题词:破伤风抗毒素/副作用;血清病/病因学;注射,肌肉内

中图分类号:R392.7

文献标识码:B

文章编号:1009-6647(2011)22-5299-01

1 病历摘要

女,26 岁。因右手外伤来医院就诊,常规处置伤口后,医嘱注射 TAT(武汉生物制品研究所生产的每支含 1 500 IU 国药准字 S10820040)。患者否认注射免疫血清史、无药物过敏史、无家族过敏史,TAT 皮试液的配制、判断标准及注射方法均严格按照《护理技术操作手册》制订的标准进行操作。20 min 后皮试结果为阳性,皮丘直径 1.5 cm,周围有红晕,无伪足,无胸闷发憋症状;余下 TAT 液体稀释后分 2 次脱敏注射,每次间隔 20 min,注射完毕观察 30 min 无不良反应。TAT 注射后第 5 天,患者于 TAT 皮试处直径 4 cm 内出现荨麻疹样风团、瘙痒,无痛感;臀部肌内注射部位直径约 11 cm 内出现荨麻疹样风团、瘙痒、水肿伴疼痛。医嘱予 5% 葡萄糖注射液 250 ml+ 10% 葡萄糖酸钙注射液 10 ml 静脉滴注即刻,TAT 皮试处不适症状

在用药 1 后缓解,风团消失,仍有痒感;臀部肌内注射部位症状缓解情况:风团、瘙痒及水肿较前减轻,疼痛症状仍明显。医嘱予口服马来酸氯苯那敏 4 mg/次,3 次/d。3 d 后除臀部仍有疼痛症状外,其他症状消失;5 d 后痊愈。

2 讨论

TAT 是外伤患者防治破伤风的特效药,在临床上广泛应用。本病例发生在 TAT 脱敏注射后第 5 天,介于延缓型和加速型之间,护理人员在使用易过敏药物前,不但要详细询问患者的过敏史,而且要认真地向患者交待过敏反应的症状及注意事项。同时,应在注射后 15 d 内跟踪回访患者情况,如有不适及时就诊,以保证患者安全。

收稿日期:2011-02-07 责任编辑:李新志